

بررسی کیفیت زندگی و شیوع بیماری‌های مزمن در سالمندان

عقیل حبیبی^{۱*}، مریم نمادی وثوقی^۲، صادق حبیبی^۳، مریم محمدی^۴

۱. کارشناس ارشد آموزش پرستاری داخلی جراحی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل
۲. کارشناس ارشد آموزش پرستاری داخلی جراحی، عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل
۳. دانشجوی کارشناسی ارشد ریاضی محض، دانشگاه پیام نور تبریز
۴. کارشناس پرستاری، بیمارستان امام خمینی (ره) خلخال، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل
* نویسنده مسئول: تلفن: ۰۴۵۲۴۲۲۲۱۸۹، فکس: ۰۴۵۲۴۲۲۲۳۰۵، ایمیل: aghilhabibi@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: سالمندی مرحله‌ای از تکامل انسان می‌باشد که در این مرحله باید به توقعات و انتظارات سالمندان برای افزایش سطح سلامت و ارتقاء کیفیت زندگی آنان اهمیت داده شود. پژوهش حاضر با هدف تعیین کیفیت زندگی و شیوع بیماری‌های مزمن در سالمندان انجام گرفته است.

روش کار: این پژوهش یک مطالعه توصیفی، از نوع مقطعی بود که بر روی ۲۰۰ نفر از سالمندان شهر خلخال که از نظر ذهنی هوشیار بودند انجام گرفت. روش نمونه‌گیری از نوع خوشه‌ای بوده و از ابزار پژوهش شامل گونه فارسی پرسش‌نامه The Short Form Health Survey (SF-36) استفاده شد. همچنین اطلاعات مربوط به بیماری‌های مزمن از طریق مصاحبه گردآوری شد. برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی، آزمون تی تست و ANOVA استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد میانگین کل کیفیت زندگی در نمونه‌های مورد مطالعه ۵۷/۴۳ (انحراف معیار ۲۲/۸۰ و محدوده صفر تا ۱۰۰) بود و با متغیرهای جنس، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی و وضعیت سلامت فعلی ارتباط معنی‌دار آماری داشت ($p < 0/05$). همچنین نتایج نشان داد ۸۲ درصد از نمونه‌ها حداقل از یک بیماری مزمن رنج می‌بردند.

نتیجه‌گیری: نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که عوامل مختلفی کیفیت زندگی سالمندان را تحت تأثیر قرار می‌دهند و اکثر آن‌ها حداقل به یک بیماری مزمن مبتلا هستند. لذا باید در برنامه‌ریزی‌هایی که جهت افزایش مشارکت اجتماعی، بهبود خدمات پزشکی و بهداشتی در سالمندان انجام می‌گیرد، اهمیت ویژه‌ای به این عوامل داده شود.

واژه‌های کلیدی: سالمندان، کیفیت زندگی، بیماری‌های مزمن

پذیرش: ۹۰/۱۱/۲۵

دریافت: ۹۰/۸/۱۷

مقدمه

سالمندی مرحله‌ای از تکامل انسان می‌باشد که در این مرحله باید به توقعات و انتظارات سالمندان برای افزایش سطح سلامت، حفظ استقلال و در نهایت ارتقاء کیفیت زندگی آنان اهمیت داده شود [۱]. در سال ۲۰۰۶ تعداد کل سالمندان جهان از رقم ۶۸۷

میلیون و ۹۲۳ هزار گذشت و پیش‌بینی می‌شود این تعداد در سال ۲۰۵۰ به رقم بالای ۱ میلیارد برسد [۲]. در حدود ۵۴ درصد از سالمندان جهان در آسیا ساکن می‌باشند [۳]. همانند سایر کشورها نسبت جمعیت سالمندان هر ساله در ایران به علت کاهش مرگ و میر کودکان، کاهش میزان تولد و افزایش

همچنين در مطالعه مشابهي كه لي و همكاران^۱ در كشور كره انجام داده بودند، كيفيت زندگي سالمندان در سطح متوسط گزارش شد كه با متغيرهاي سن، جنس، سطح تحصيلات، وضعيت اقتصادي، وضعيت سلامت فعلي، وضعيت تاهل و تركيب خانواده ارتباط معني‌داري داشت [۱۱].

سالمندي، دوره‌اي از تجربه سفر زندگي است كه طي آن سالمندان در معرض تهديدات بالقوه‌اي نظير افزايش ابتلا به بيماري‌هاي مزمن، تنهائي و انزوا و عدم برخورداري از حمايت‌هاي اجتماعي بوده و به دليل ناتواني‌هاي جسمي و ذهني در موارد زيادي نيز استقلال فردي‌شان مورد تهديد قرار مي‌گيرد كه اين عوامل مي‌تواند منجر به كاهش كيفيت زندگي در آن‌ها شود [۱۲].

با افزايش سن، اختلال عملکرد جسماني بيشتري مي‌شود و اثر منفي آن بر توانايي حفظ استقلال، نياز به كمك را افزايش مي‌دهد. همچنين مسائل و مشكلات متعدد كه به طور فزيولوژيك در سنین بالا رخ مي‌دهد در كاهش كيفيت زندگي در دوره سالمندي تأثير مي‌گذارد [۱۳]. مطالعه باري نشان مي‌دهد در حدود ۶۰ درصد از هزينه‌هاي مراقبت‌هاي بهداشتي، ۳۵ درصد ترخيص‌هاي بيمارستاني و ۴۷ درصد از روزهاي بستري در بيمارستان‌ها را سالمندان به خود اختصاص مي‌دهند [۱۴]. سالمندان در طول زندگي دچار اختلالات متعددي مي‌شوند كه موجب كاهش كيفيت زندگي آنان مي‌شود [۹]. مطالعات مختلف حاكي از آن است كه بهبود كيفيت زندگي سالمندان، هزينه‌هاي مراقبت‌هاي بهداشتي را كاهش مي‌دهد [۱۵، ۱۱، ۱۰].

در حال حاضر به سرعت بر تعداد مرگ ناشي از بيماري‌هاي مزمن و بيماري‌هاي دوران سالمندي افزوده مي‌شود. هزينه و طول مدت درمان اين بيماري‌ها ۲۰ تا ۳۰ برابر بيماري‌هاي حاد بوده و ميزان تأثير اين مراقبت‌ها بر افزايش طول عمر و كارايي سالمندان بسيار كم است [۱۶].

طول عمر در حال افزايش است [۴]. طبق آخرين سرشماري جمهوري اسلامي ايران كه در سال ۱۳۸۵ انجام گرفت، ۷/۲۲ درصد از جمعيت كشور را سالمندان تشكيل مي‌دهند كه اين ميزان تا ۲۰ سال آينده به ۱۴/۷ درصد افزايش خواهد يافت [۲].

بر اساس بررسي‌هاي به عمل آمده، ۱۵ درصد از مراجعين به مطب پزشكان متخصص، ۳۴ درصد از معالجات سريائي در بيمارستان‌ها و ۸۹ درصد از تخت‌هاي موسسات و سراهاي نگهداري را افراد بالاي ۶۵ سال به خود اختصاص مي‌دهند [۵] و بطور كلي ۲۹ درصد از هزينه مراقبت‌هاي پزشكي توسط اين گروه سني مصرف مي‌شود. در حالي كه اين قشر فقط ۱۲ درصد جمعيت را تشكيل مي‌دهند [۶].

توجه به مسائل و نيازهاي سالمندان يك ضرورت اجتماعي است كه متأسفانه مورد غفلت قرار مي‌گيرد [۷]. آنچه كه دانش امروزي بدان توجه مي‌كند، تنها طولاني كردن دوران زندگي نيست، بلكه بايد توجه داشت كه سال‌هاي اضافي عمر انسان در نهايت آرامش و سلامت جسمي و رواني سپري گردد و در صورتي كه چنين شرايطي تامين نشود، پيشرفت‌هاي علمي براي تامين زندگي طولاني‌تر، بي‌نتيجه و مخاطره‌آمیز خواهد بود [۸]. امروزه با توجه به افزايش شاخص طول عمر و اميد به زندگي، مساله مهمتري تحت عنوان چگونگي گذران عمر و به عبارتي «كيفيت زندگي» مطرح شده است كه پرداختن به اين موضوع ذهن صاحب‌نظران و محققين امر سالمندي را به خود جلب نموده است [۹]. كيفيت زندگي يك شاخص اساسي محسوب مي‌شود و از آنجا كه ابعاد متعددي مانند جنبه‌هاي فزيولوژيك، عملکرد و وجود فرد را در بر مي‌گيرد، توجه به آن از اهميت خاصي برخوردار است [۱۰].

نتايج مطالعه نيكپور و همكاران نشان مي‌دهد سالمندان غرب تهران از ميانيگين كيفيت زندگي متوسطي برخوردار هستند و كيفيت زندگي آن‌ها با متغيرهاي جنس، سطح تحصيلات، وضعيت اقتصادي و وضعيت سلامت فعلي ارتباط معني‌داري دارد [۳].

بیماری‌های مزمن به علت مسائل بهداشتی، اجتماعی و روانی در فعالیت‌های سالمندان محدودیت ایجاد می‌کنند و باعث کاهش کیفیت زندگی آنان می‌شوند [۱۵]. بیماری‌هایی که افراد سالمند بیشتر با آن درگیر هستند شامل بیماری‌های قلبی-عروقی، تنفسی، گوارشی، مشکلات تناسلی و ادراری، اختلالات عضلانی و اسکلتی، اختلالات عصبی، مشکلات مربوط به امراض پوستی، مشکلات هماتولوژیک، مشکلات چشمی، اختلالات ذهنی و سرطان می‌باشد [۱۷].

با توجه به افزایش جمعیت سالمندان و نیز مطرح‌بودن نیازهای خاص این مرحله از زندگی، ضرورت بررسی کیفیت زندگی و متعاقباً نیازهای سالمندان اهمیت می‌یابد. همچنین با توجه به مطالب ذکر شده و اهمیت سالمندی در جوامع صنعتی و در حال توسعه و با عنایت به ویژگی‌های این دوران و تأثیر آن بر زندگی این قشر از جامعه، بر آن شدیم که چگونگی کیفیت زندگی و شیوع بیماری‌های مزمن سالمندان شهر خلخال را بررسی نماییم. امید است بتوانیم گامی هر چند کوچک در کاهش مشکلات این قشر از جامعه برداریم.

روش کار

این پژوهش یک مطالعه توصیفی، از نوع مقطعی بود که به منظور بررسی وضعیت کیفیت زندگی و شیوع بیماری‌های مزمن سالمندان شهر خلخال در سال ۱۳۸۹ صورت پذیرفت. جامعه پژوهش این مطالعه شامل افراد سالمند دارای ۶۰ سال سن و بالاتر شهر خلخال بود که از نظر ذهنی هوشیار بوده و قادر به پاسخگویی سوالات بودند. حجم نمونه لازم پس از مقدارگذاری در فرمول زیر برابر ۱۹۶ مورد برآورد شد که برای افزایش دقت ۲۰۰ مورد در نظر گرفته شد.

$$N \geq \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2}{\delta_0^2} + \beta$$

$$\delta_0 = 1 L_N \frac{1+r}{1-r}$$

روش نمونه‌گیری در این مطالعه از نوع خوشه‌ای بود. به‌طوری‌که بر اساس تقسیمات مرکز بهداشت شهرستان خلخال که به‌صورت درمانگاه‌های شماره ۱ و ۲ و ۳ می‌باشد، پرونده خانوارهایی که افراد ۶۰ سال و بالاتر داشتند بصورت تصادفی و به تعداد مساوی انتخاب شدند و در روزهای نمونه‌گیری با مراجعه حضوری پرسشگران به درب منازل، هدف از انجام مطالعه توضیح داده شده و موافقت افراد کسب می‌شد و در صورت تمایل ایشان، پرسش‌نامه به روش خود ایفایی تکمیل شده و در صورت نداشتن تحصیلات با انجام مصاحبه توسط پرسشگر تکمیل می‌گردید.

اطلاعات به کمک پرسش‌نامه جمع‌آوری شد. ابتدا اطلاعات دموگرافیک در فرم جمع‌آوری مخصوص ثبت می‌شد، سپس جهت اندازه‌گیری کیفیت زندگی از پرسش‌نامه مخصوص Short Form 36 (SF36) استفاده شد. روایی و پایایی گونه فارسی این پرسش‌نامه در مطالعات متعدد نشان داده شده است [۷، ۹]. این پرسش‌نامه دارای ۳۶ بند مستقل بوده و بررسی سلامت جسمی روانی فرد را مورد توجه قرار می‌دهد. این پرسش‌نامه به هشت جنبه از ابعاد کیفیت زندگی فرد توجه دارد که شامل درد جسمی، ایفای نقش جسمی، درک از سلامت، محدودیت جسمی، نیروی حیاتی، فعالیت اجتماعی، ایفای نقش عاطفی و سلامت روانی می‌گردد. همچنین اطلاعات مربوط به بیماری‌های مزمن از طریق مصاحبه گردآوری شد.

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی، آزمون تی تست و ANOVA با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS vol.16 استفاده شد.

یافته‌ها

۵۰ درصد از نمونه‌ها را زنان تشکیل می‌دادند. میانگین سنی واحدهای مورد پژوهش ۷۱/۹۱ سال (با انحراف معیار ۸/۲۹) بود، که کمترین مورد ۶۰ سال و بیشترین مورد ۱۰۰ سال داشت. بیشترین

خانواده زندگی می‌کردند. ۳۸/۵ درصد نیز اظهار داشتند که از نظر وضعیت سلامت فعلی، بهتر از همسالانشان هستند (جدول شماره ۱).

درصد واحدهای مورد پژوهش در محدوده سنی ۶۰ تا ۷۴ سال (۷۰/۵ درصد)، بی‌سواد (۷۰/۵ درصد) و متاهل (۶۸/۵ درصد) بودند. ۷۱ درصد از نظر اقتصادی مستقل بودند و ۶۱ درصد به همراه

جدول ۱. مشخصات جمعیتی نمونه مورد مطالعه (n=۲۰۰)

ویژگی‌های فردی نمونه‌های پژوهش	دسته بندی	فراوانی (درصد)
سن (سال)	۶۰-۷۴	۱۴۱ (۷۰/۵)
	۷۵-۸۴	۴۶ (۲۳)
	≥۸۵	۱۳ (۶/۵)
جنس	مرد	۱۰۰ (۵۰)
	زن	۱۰۰ (۵۰)
سطح تحصیلات	بی‌سواد	۱۴۱ (۷۰/۵)
	خواندن و نوشتن	۲۴ (۱۲)
	ابتدائی	۱۹ (۹/۵)
	سیکل	۶ (۳)
	دیپلم	۱ (۰/۵)
	دیپلم	۵ (۲/۵)
	دانشگاهی	۴ (۲)
وضعیت تاهل	مجرد	۱ (۰/۵)
	متاهل	۱۳۷ (۶۸/۵)
	مطلقه	۲ (۱)
وضعیت اقتصادی	همسر فوت شده	۶۰ (۳۰)
	مستقل	۱۴۲ (۷۱)
	وابسته	۵۸ (۲۹)
ترکیب خانواده	تنها	۲۱ (۱۰/۵)
	با همسر	۵۷ (۲۸/۵)
	با خانواده	۱۲۱ (۶۰/۵)
	با خویشاوندان	۱ (۰/۵)
وضعیت سلامت فعلی	بهتر از همسالان	۷۷ (۳۸/۵)
	همانند همسالان	۷۰ (۳۵)
	بدتر از همسالان	۵۳ (۲۶/۵)

جدول ۲. توزیع فراوانی جامعه مورد پژوهش بر حسب نوع ابتلاء به بیماری مزمن

نوع بیماری	فراوانی	درصد
قلبی عروقی	۴۵	۲۲/۵
پرفشاری خون	۷۰	۳۵
دیابت	۲۱	۱۰/۵
دردهای مفصلی	۱۲۴	۶۲
گوارشی	۲۴	۱۲
تنفسی	۱۳	۶/۵
سرطان	۰	۰
ناراحتی اعصاب	۰	۰

بر طبق نتایج حاصله، ۱۸ درصد از نمونه‌ها به بیماری خاصی مبتلا نبودند و ۸۲ درصد حداقل از یک بیماری مزمن رنج می‌بردند. همچنین نتایج نشان داد هیچ‌یک از نمونه‌ها دچار سرطان و ناراحتی‌های اعصاب نبودند. بیشترین درصد بیماری‌های مزمنی که واحدهای مورد پژوهش به آن مبتلا بودند، دردهای مفصلی (۶۲ درصد) و بیماری پرفشاری خون (۳۵ درصد) بود (جدول شماره ۲).

میانگین کیفیت زندگی با متغیرهای جنس، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی و وضعیت سلامت فعلی ارتباط معنی‌دار آماری داشت (جدول شماره ۳).

میانگین کل کیفیت زندگی در نمونه‌های مورد مطالعه ۵۷/۴۳ (انحراف معیار ۲۲/۸۰ و محدوده صفر تا ۱۰۰) بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که

جدول ۳. توزیع فراوانی کیفیت زندگی در سالمندان شهر خلخال بر حسب مشخصات دموگرافیک در سال ۱۳۸۷

نتیجه آزمون	انحراف معیار	میانگین	کیفیت زندگی	
			متغیرهای زمینه‌ای	
$F=1/736$	۲۳/۰۹	۵۹/۲۹	سن	۶۰-۷۴
$p=0/179$	۲۰/۶۲	۵۳/۸۱		۷۵-۸۴
	۲۵/۵۵	۵۰/۰۹		۸۵+
$t=4/055$	۲۲/۵۳	۶۳/۷۳	جنس	مرد
$p=0/000^*$	۲۱/۳۸	۵۱/۱۴		زن
$F=2/340$	۲۲/۰۲	۵۳/۸۴	سطح تحصیلات	بی‌سواد
$p=0/033^*$	۲۱/۸۷	۶۳/۰۵		خواندن و نوشتن
	۲۵/۸۱	۶۵/۷۴		ابتدائی
	۱۲/۲۸	۷۴/۰۰		سیکل و دبیرستان
	۲۴/۳۴	۶۸/۲۷		دیپلم و دانشگاهی
$t=0/933$	۲۳/۰۹	۵۸/۴۵	وضعیت تاهل	متاهل
$p=0/352$	۲۲/۱۶	۵۵/۲۱		مطلقه/بیوه
$t=2/870$	۲۲/۷۸	۶۰/۳۴	وضعیت اقتصادی	مستقل
$p=0/005^*$	۲۱/۴۰	۵۰/۳۱		وابسته
$F=0/757$	۲۲/۷۳	۶۰/۳۶	ترکیب خانواده	تنها
$p=0/471$	۲۲/۳۵	۵۴/۴۴		با همسر
	۲۳/۰۵	۵۸/۳۳		با خانواده یا خویشاوندان
$F=50/87$	۲۰/۳۷	۷۰/۰۳	وضعیت سلامت فعلی	بهتر از آنان
$p=0/000^*$	۱۸/۶۱	۵۹/۲۷		همانند آنان
	۱۵/۶۶	۳۶/۷۰		بدتر از آنان

* ارتباط معنی‌دار است.

بحث

در مطالعه حاضر به بررسی اثر متغیرهای جمعیتی سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت اقتصادی و ترکیب خانواده و نیز وضعیت سلامت فعلی بر کیفیت زندگی سالمندان شهر خلخال با استفاده از ابزار استاندارد SF36 و همچنین شیوع بیماری‌های مزمن در آنان پرداخته شد. نتایج پژوهش نشان داد میانگین کل کیفیت زندگی در نمونه‌های مورد مطالعه در سطح متوسط بود و درصد کمی (۱۸٪) از آن‌ها مبتلا به بیماری مزمن نبودند که با نتایج مطالعات مشابه در این زمینه همخوانی داشت [۳، ۱۱، ۱۷]. در بررسی تاثیر متغیر سن، نتایج مطالعه نشان داد که کیفیت زندگی با

متغیر سن ارتباط معنی‌دار آماری نداشت، اما با افزایش سن، میانگین کیفیت زندگی کاهش یافته بود. بطوری‌که سالمندان بالای ۸۵ سال از میانگین کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار بودند (۵۰/۰۹ با انحراف معیار ۲۵/۵۵). بدیهی است در سنین بالاتر سالمندی بروز ناتوانی‌ها بارزتر بوده و بصورت کاهش فعالیت جسمی و محدودیت‌های جسمانی و در نهایت کاهش کیفیت زندگی ظاهر می‌شود [۷].

در مورد متغیر جنس، یافته‌ها نشان داد میانگین کیفیت زندگی مردها (۶۳/۷۳) با انحراف معیار ۲۲/۵۳ بالاتر از میانگین کیفیت زندگی زن‌ها (۵۱/۱۴ با انحراف معیار ۲۱/۳۸) بود و تفاوت معناداری را از نظر آماری نشان داد ($p=0/000$)

$(T = ۴/۰۵)$. اين یافته در تایید نتایج مطالعات مشابه در این زمینه می‌باشد [۹ و ۷]. البته در مطالعاتی دیگر متغیر جنس در تعامل با سایر متغیرهای زمینه‌ای مؤثر بر کیفیت زندگی سالمندان، به عنوان عاملی مؤثر نشان داده نشده بود [۱۱].

در بررسی تاثیر متغیر سطح تحصیلات، نتایج یافته‌ها بیانگر آن بود که کیفیت زندگی با سطح تحصیلات ارتباط معنی‌دار آماری داشت ($p = ۰/۰۳۳$ و $F = ۲/۳۴$) و با افزایش سطح تحصیلات، میانگین نمره کیفیت زندگی افزایش یافته بود. این یافته در تأیید یافته‌های مطالعات دیگر [۱۸، ۱۱، ۷] نشان‌دهنده آن است که تحصیلات به عنوان نقطه مثبتی در برخورداری از یک زندگی سالمندی سالم مؤثر بوده و این امر به سلامتی بهتر و رضایت از زندگی منجر می‌شود.

یافته‌های پژوهش نشان داد کیفیت زندگی با وضعیت تاهل و ترکیب خانواده ارتباط معنی‌دار آماری نداشت. اما وحدانی‌نیا و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه دست یافتند که میانگین امتیاز کیفیت زندگی در متاهلین، از دو گروه مجرد و مطلقه یا بیوه بیشتر بود [۷]. همچنین در مطالعه مشابهی که در کشور کره انجام گرفته بود، کیفیت زندگی با وضعیت تاهل و ترکیب خانواده ارتباط معنی‌داری نشان داد [۱۱]. از آنجا که یکی از خطرات بالقوه تهدیدکننده سلامتی در سنین سالمندی، تنهایی و انزوا است، توجه به محیط حمایتی و توانمندسازی سالمندان به منظور مواجهه مناسب با این عامل ضروری به نظر می‌رسد. با این حال نتایج پژوهش حاضر این امر را اثبات نکرد.

در ارتباط با کیفیت زندگی سالمندان و وضعیت اقتصادی، یافته‌ها نشان‌دهنده آن است که میانگین نمره کیفیت زندگی افرادی که از نظر وضعیت اقتصادی مستقل بودند ($۶۰/۳۴$ با انحراف معیار $۲۲/۷۸$) نسبت به افرادی که وابسته بودند ($۵۰/۳۱$ با انحراف معیار $۲۱/۴۰$) بالاتر بود. میزان درآمد، کیفیت زندگی و بهداشت را تحت تاثیر قرار می‌دهد. تنگناهای اقتصادی، مشکلات معیشتی و کوچکی فضای

زندگی، همگی عواملی است که روان افراد را تحت تاثیر قرار می‌دهد. در این شرایط سالمندان در معرض فشار بیشتری قرار می‌گیرند و دامنه برخورد میان آن‌ها و اطرافیان بیشتر می‌شود. فقر و محرومیت‌های اجتماعی از بزرگترین موانع آسایش و امنیت در افراد پیر می‌باشند، بعلاوه در سالمندان فقیر ابتلا به بیماری‌ها نیز بیشتر می‌باشد که موجب کاهش کیفیت زندگی آنان می‌شود [۵].

در بررسی تاثیر متغیر وضعیت سلامت فعلی، نتایج یافته‌ها نشان داد میانگین نمره کیفیت زندگی در واحدهایی که از نظر وضعیت سلامت فعلی بهتر از همسالانشان بودند ($۷۰/۰۳$ با انحراف معیار $۲۰/۳۷$) در مقایسه با واحدهایی که وضعیت سلامت فعلی خود را همانند ($۵۹/۲۷$ با انحراف معیار $۱۸/۶۱$) یا بدتر ($۳۶/۷۰$ با انحراف معیار $۱۵/۶۶$) از همسالانشان ارزیابی کرده بودند، بالاتر بود. وحدانی‌نیا و همکاران نیز در مقاله خود می‌نویسند: وضعیت سلامت فرد به عنوان یک عامل پیشگویی‌کننده بر سطح امتیاز کسب‌شده در سنجش‌های کیفیت زندگی مؤثر می‌باشد [۷]. سلامتی دارای ابعاد متعددی است که هر کدام از ابعاد آن می‌تواند بر کیفیت زندگی مؤثر باشد و انسان‌ها از آنرو به سلامتی اهمیت می‌دهند که بر روند زندگی و آسایش آن‌ها تاثیر می‌گذارد و از طرفی سلامتی و کیفیت زندگی دارای رابطه دو طرفه می‌باشند، بطوریکه اختلال در وضعیت سلامت، موجب مشکلات بهداشتی شده و مشکلات بهداشتی نیز بر روی کیفیت زندگی مؤثر می‌باشد [۱۹].

نتایج مطالعه نشان داد اکثر نمونه‌ها حداقل از یک بیماری مزمن رنج می‌بردند. استورانت می‌نویسد: بیماری‌ها و اختلالات افراد سالمند الزاماً موجب ناتوانی آن‌ها نمی‌شود [۲۰]. مقیاس‌هایی که برای وضعیت سلامت و فعالیت افراد مرجع هستند، ابتلا به بیماری خاص نیست، بلکه تعداد و شدت ناتوانی‌های کنشی مورد نظر است. معمولاً افراد با اولین بیماری یا اختلالی که آنان را از فعالیت‌های روزانه زندگی باز

می‌دارد، خود را بیمار می‌انگارند [۱۵،۲۱،۲۰]. بیماری‌های مزمن، دراز مدت و غالباً در تمام عمر گریبان‌گیر فرد است و چنین فردی اگر نه برای تمام عمر، اما بطور دراز مدت نیاز به مراقبت خواهد داشت و همین امر موجب کاهش کیفیت زندگی او خواهد شد. هر بیماری مزمن دوره‌ای را طی می‌کند و معمولاً در مرحله‌ای بصورت حاد در می‌آید که فرد جهت انجام فعالیت‌های خود نیازمند به کمک خواهد بود. بخصوص در افراد سالمند که از نظر قوای جسمی نیز ضعیف‌تر هستند، این امر بیشتر خواهد بود [۲۰، ۱۱].

نتیجه‌گیری

از آنجا که کیفیت زندگی در این دوران می‌تواند به راحتی مورد تهدید قرار گیرد، در نظر داشتن

عوامل زمینه‌ای موثر بر کیفیت زندگی سالمندان از اهمیت بالقوه‌ای برخوردار است. لذا با توجه به نتایج مطالعه حاضر و مطالعات مشابه توصیه می‌شود برنامه‌ریزی‌هایی در جهت افزایش مشارکت اجتماعی، بهبود خدمات پزشکی و بهداشتی و ارائه خدمات مشاوره در جمعیت سالمندان مد نظر قرار گیرد. جهت کسب اطلاعات بیشتر و روشن شدن وضعیت موجود، مطالعات بیشتری در این زمینه در نقاط مختلف ایران ضروری بنظر می‌رسد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگر بر خود لازم می‌داند از ریاست محترم و معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی خلخال قدردانی نماید. همچنین از کلیه سالمندانی که در این مطالعه شرکت کردند کمال تشکر بعمل می‌آید.

References

- 1- Witham MD, Crighton LJ, Mc-Murdo ME. Using an individualized quality of life measure in older heart failure patient. *Int J Cardiol.* 2007; 116(1): 40-45.
- 2- Islamic Republic News Agency. 2007. Social; Elderly. In On line Available: <http://www2.irna.com/en/news/line-8.html>. Accessed June 3, 2007.
- 3- Nikpour S, Habibi A, Seiedoshohadai M, Haghani H. Relation between Quality of life and socio-demographic characteristics among older people in Tehran-Iran. *Middle East Journal of Age and Aging.* 2007; 4(2): 25-30.
- 4- Habibi A, Nikpour S, Seiedoshohadai M, Haghani H. Health promotion behaviours and Quality of life among elderly people: A cross-sectional survey 2006. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences.* 2008; 8(1): 29-36.
- 5- Tajvar M. Elderly health and review of the differences of aspects in their life. Tehran, Nasle Farda Co. 2003: 11-26, 86-92.
- 6- Hamidzadeh S. The effect of grouping activity plan on elderly quality of life. *Proceeding of elderly congress.* Kashan Medical Sciences. 2007: 146.
- 7- Vahdaninia MS, Gashtasbi A, Montazeri A, Mafton F. Health quality of life in elderly: population based survey. *Payesh.* 2005; 4: 113-120.
- 8- Nilsson J, Parker MG, kabir ZN. Assessing Health- Related Quality of life Among Older people in Rural Bangladesh. *Journal of Trans cultural Nursing.* 2004; 15(4): 298-307.
- 9- Ahmadi F, Salar AR, Faghihzadeh S. The survey of quality of life in elderly of zahedan city. *Hayat.* 2004; 22: 61-67.
- 10- Orfila F, Montserrat F. Gender differences in health related quality of life among elderly. *Social science & Medicine.* 2006; 63: 2367-80.
- 11- Lee TW, Ko IS, Lee KJ. Health promotion behaviors and quality of life among community – dwelling elderly in Korea. *Int J Nurs Stud.* 2005; 49(2): 129-137.
- 12- Lissolo S, Cavallo E, Ronchetto F. The problem of the chronic recurrent pain among older in-patient. *Minerva Med.* 2006; 97(2): 205-215.
- 13- Leinonen R, Heikkinen E, Hirvensalo M. Customer-oriented counseling for physical activity in older people: study protocol and selected baseline results of a randomized-controlled trial. *Scandinavian journal of medicine & science in sports.* 2006; 1(1): 78-85.

- 14- Barry PP. An overview of special considerations in the evaluation and management of the geriatric patient. *Am j gastroenterol*. 2000; 93(1): 8-10.
- 15- Canbaz S, Sunter AT, Dabak S, Peksen Y. The prevalence of chronic diseases and quality of life in elderly people in samsun. *Turk J Med Sci*. 2002; 33: 335-340.
- 16- Gosselin S, Desrosiers J, Corriveau H, Herbert R, Rochette A, Provencher V, et al. Outcomes during and after inpatient rehabilitation: comparison between adults and older adults. *J Rehabi Med*. 2008; 40: 6-30.
- 17- Hellstrom Y, Persson G, Hallbery IR. quality of life and symptoms among older people living at home. *Journal of Advanced nursing*. 2004; 48: 584-5 93.
- 18- Levasseur M, Desrosiers J, St-Cyr Tribble D. Do quality of life, participation and environment of older adults differ according to level of activity. *Health Qual Life Outcomes*. 2008; 29: 6-30.
- 19- Matsuo M, Nagasawa j, Yoshino A, Hiramatsu K, kurashik K. Effects of activity Participation of the elderly on quality of life. *yonago acta medica*. 2003; 46:17- 24.
- 20- Staurant M, Wandenbos GR. *Geriatric psychiatric*, 1 ed. New York: Springer. 1994: 198-208.
- 21- Mellor D, Russo S, McCabe MP, Davidson TE, George K. Depression training program for caregivers of elderly care recipients: implementation and qualitative evaluation. *J Gerontol Nurs*. 2008; 34(9): 8-15.

Quality of Life and Prevalence of Chronic Illnesses among Elderly People: A Cross-Sectional Survey

Habibi A^{*1}, Nemadi-Vosoughi M², Habibi S³, Mohammadi M⁴

1. MS in Nursing , school of Nursing and Midwifery, Ardabil University of Medical Sciences and Health Services, Ardabil, Iran

2. MS in Nursing , school of Nursing and Midwifery, Azad University of Ardabil, Ardabil, Iran

3. Pure Mathematics graduates student of Payame noor University of Tabriz, Tabriz, Iran

4. BS in Nursing, Imam Khomeini Hospital of Khalkhal, Ardabil University of Medical Sciences and Health Services, Ardabil, Iran

*Corresponding Author: Tel: 00984524222189 Fax: 00984514222305 E-mail: aghilhabibi@yahoo.com

Received: 2011/11/8

Accepted: 2012/2/14

ABSTRACT

Background & Objectives: Elderly is a stage of human growth and development. In order to improve elderly Quality of life, more attention should be paid on their expectation and needs at this stage. The purpose of this study was to determine Quality of Life and prevalence of chronic illness in elderly people.

Methods: This descriptive cross-sectional study was conducted on 200 participants who were cognitively intact. Cluster sampling method was used to select samples and data were collect using Farsi version of Short Form Health Survey (SF36) questionnaire. The data on chronic disease were gathered through interview. Descriptive statistics, t-test, and ANOVA were used for data analysis.

Results: Average score for QoL was 57.43 ± 22.80 (ranging from 0 to 100). QoL statistically correlated with gender, educational levels, economic status, and health status ($p < 0.05$). The result of study revealed that 82% of participants suffer at least from one chronic disease.

Conclusion: This study showed that different factors affect QoL of elderly people and the majority of them suffer at least from one chronic illness. Therefore, any planning to increase social contribution of elderly population and improve medical and health services; special attention should be paid on these factors.

Key words: Elderly, Quality of life, Chronic illness